
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

*«Os franceses nunca fazem reformas
a não ser no rasto de uma revolução.»*

De Gaulle

Raramente um anteprojecto nacional terá suscitado tanta controvérsia e debate tão alargado como o do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Situado no centro do vórtice político (inclusive o das crises), soprado de sucessivos e variados quadrantes partidários rumo a diversificados e por vezes mesmo opostos horizontes políticos, ora incensado em auras de oportunismo e demagogia, ora atacado por ventos furiosos e cegos e afectado por esperados ou inesperados «staccatos» ou inflexões políticas, ora entravado por categorias sociais supostamente lesadas ou implusionado por agrupamentos potencialmente privilegiados, a tudo isto tem sobrevivido de modo nem sempre fácil, ou afundando ameaçadoramente, ou emergindo em desafio intrépido, rumo a uma linha de horizonte julgada próxima por alguns, inatingível ou imaginária por outros...

Como fundamento do anteprojecto um documento importante, mas não decisivo — a Lei de Bases.

Suas implicações na vida dos Portugueses — muitas e importantes.

Daí que lhe consagremos estas despretenciosas páginas de análise e reflexão.

Por outro lado, procuraremos definir em futuro trabalho as inter-relações de dois sistemas (civil e militar) não só isolados no passado, como até por vezes competitivos e antagónicos.

SITUAÇÃO INTERNACIONAL NO DOMÍNIO DA SAÚDE

Dizer-se que estamos muito mal em saúde é mero lugar comum; e os outros como estarão? Bem melhor certamente, mas...

Seis membros de uma comissão de inquérito visitaram incógnitos cerca de duzentos dispensários MEDICAID em cinco Estados industrializados dos EUA. Gozando todos de excelente saúde, e a pretexto de um banal catarro brônquico foram examinados por 85 médicos, efectuaram um total de 100 radiografias, 18 electrocardiogramas, 8 provas de tuberculina, 4 testes de alergia e 3 electroencefalogramas. Consta terem regressado muito abalados desta comissão, sobretudo o senador Moss, cheio de nódoas negras provocadas por punções de sangue desajeitadas.

O relatório do inquérito avaliou em 3 milhões de dólares (dos 15 atribuídos anualmente pelo Governo dos EUA e pelos seus Estados ao programa Medicaid) o dinheiro deitado à rua, à custa dos contribuintes, é claro, mas o que é pior, da saúde dos doentes, em proveito directo de algumas centenas de médicos (?) trabalhando em ligação com homens de negócios sem escrúpulos.

Na RFA o segurado munido da carteira de cheques-doença espera em média duas horas no consultório do generalista e a duração média por consulta é de três minutos.

Na Suécia as listas de espera dos hospitais são por vezes demasiado longas; um ano, por exemplo, para os testes de alegria, vários meses (por vezes) para os cuidados ginecológicos não urgentes. «É um problema encontrar um médico quando se está doente porque os médicos particulares deixam de responder ao telefone às 17 horas»; os suecos sentem profunda nostalgia pela época do médico de família.

Na Grã-Bretanha, que dispõe de 500 000 camas hospitalares (das quais 180 000 para casos agudos) as listas de espera alongam-se, constituindo o verdadeiro flagelo do SNS; embora possa ser-se internado de urgência quasi imediatamente, não é raro ter de esperar-se alguns meses, por vezes um ano ou dois anos, para poder ser submetido a pequenas intervenções cirúrgicas, do tipo safenectomia ou herniorrafia.

Na URSS apesar do princípio da gratuidade dos cuidados, no caso de visitas domiciliárias o pagamento dos medicamentos é integralmente por conta do doente; o custo da saúde aumenta de modo contínuo mais depressa que o custo de vida; há esperas, por vezes, superiores a três meses por uma consulta de especialista para casos não urgentes; há um «stock» demasiado escasso de 2500 medicamentos; gasta-se pouco com a manutenção e modernização dos hospitais, etc.

Na Hungria muitos naturais se lamentam: «Quer chamemos o médico de clínica geral a casa quer vamos consultá-lo, temos de encher-nos de paciência e resignarmo-nos a longas esperas, porque os médicos estão sobre-carregados de trabalho».

Bastará pensarmos na contribuição que alguns desses países oferecem à economia mundial (em % do PMB (¹)) — 25% (EUA); 23% (URSS); 8% (países socialistas europeus) e reflectimos na nossa capacidade, presente e futura, para nos situarmos em posição favorável e um raciocínio frio sobre as nossas possibilidades no sector.

Estes, e outros factos chegam para demonstrar-nos que não há um único exemplo de sistema de saúde totalmente satisfatório e para alertar-nos para a demagogia fácil, as promessas-relâmpago, as instalações automáticas, o funcionamento sobre rodas, etc., etc.

Por outro lado deverão motivar-nos para a humildade de posições, para o esclarecimento concreto do País (até daquilo que não é possível explicar . . .), para as opções firmes que há que estabelecer, para a integração de esforços e congregação de iniciativas que há que promover, para os resultados nunca imediatos que há que aguardar, para as renúncias que há que conscientemente efectuar, em suma, para a colaboração do todo em torno de um projecto nacional, coerente e compatível, que chegue . . . aonde for possível, com o sangue, suor e lágrimas de todos.

DIREITO A SAÚDE

Nenhum país, qualquer que seja o seu regime político contesta hoje o *direito à saúde* das suas populações; pode afirmar-se não haver mesmo Constituição que o não consagre no seu articulado.

Vai no entanto grande diferença entre uma simples *declaração de princípios* (por vezes firmada com evidentes intuitos políticos), formal, abstracta ou teórica e uma *praxis*, real, positiva e actuante que a consagre na realidade.

Contínuas e acérrimas lutas sociais têm estado na base da conquista passo a passo desse direito, as quais fizeram passar a Medicina (não confundir com Saúde) por estádios sucessivos: *assistência caritativa*, *assistência social* (solidariedade individual), *assistência de previdência* (solidariedade profissional) e finalmente *segurança social* (solidariedade nacional), cuja re-

(¹) PMB — Produto Mundial Bruto.

sultante será o cenário quicá universal de *sistemas* ou *serviços de saúde* ao serviço das populações dos diferentes países.

Neste contexto evolutivo, a universalidade dos sistemas vai-se progressivamente afirmando: total nos sistemas nacionalizados, ou quási nos sistemas convencionados (EUA, RFA, Suécia; entre 90 a 97%). Deste modo, toda a população de uma ou outra forma vem a estar garantida contra a doença; no entanto, em alguns países o seguro social é ainda facultativo.

A tendência é, no entanto, para uma cobertura generalizada e/ou obrigatória de toda a população em todos os países, independentemente do seu «status» geográfico, profissional, social ou económico.

O Estado é consignado responsável pelo direito à saúde do cidadão, cabendo-lhe definir quais as prioridades e a estratégia a levar a cabo para implantar um serviço de saúde que não autorize quaisquer discriminações; o modelo a escolher depende apenas da vontade política em praticar justiça social no sector da saúde.

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE

O conceito de Saúde está intimamente ligado ao de felicidade e constitui um dos anseios fundamentais do género humano, consubstanciado aliás na abundante fraseologia popular de diversas saudações: «saudinha é que é preciso», «então como vai essa saúde?», «à V. saúde!», etc.

Os inquéritos sociais e dos *mass media* demonstram que das *necessidades básicas* do homem, *físicas* (alimentação, rendimentos, habitação, vestuário, etc.) ou *sociais* (paz, estabilidade social, educação, valorização profissional, tempos livres, etc.) é a da saúde uma das mais profundamente sentidas (3.º lugar), só superada a maior parte das vezes pelo nível de rendimentos (1.º lugar) e pela alimentação (2.º lugar).

Dáí a preocupação dos políticos pela sua satisfação em intenções e/ou na prática.

CONCEITO DE SAÚDE. FACTORES BÁSICOS DE SAÚDE

Mas o que é a Saúde de que tanto se fala? Antes de mais *Saúde não é Medicina* (Saúde = conceito de qualidade de vida; Medicina = acto médico para impedir a existência de doença).

Por esse motivo quando entre nós se intenta realizar um SNS é mais um *Serviço Nacional de Medicina Curativa* que se tem em mente, dado que com ele se pretende nacionalizar ou socializar todos os recursos materiais (equipamentos, instalações) e humanos que convergem para o *acto médico* integrado.

Assente que a Saúde não é Medicina, de que se trata então: *Ausência de doença ou deformidade? Adaptação ao trabalho, à sociedade e à vida? Estado orgânico e psicológico de acordo com a normalidade, definida através de correcto enquadramento estatístico, funcional ou estrutural? Capacidade de enfrentar o meio ambiente e o destino? Estado de completo bem-estar físico, mental e social?*

Talvez mais do que isso. *Estado de equilíbrio interior e com o ecossistema;* neste conceito o *homem* é considerado em toda a sua dimensão física, psíquica e social e o *ambiente* nos seus aspectos físicos e humanos, próximos e distantes.

A evolução e a cristalização do conceito numa ou outras das fórmulas anteriores não é assunto académico, dado que os sistemas políticos que hierarquizam as prioridades e atribuem os recursos, ora o fazem sob determinada óptica restritiva (predominância da medicina curativa) ou em âmbito mais lato (*saúde integral*, com enquadramento dos sectores demográfico, nutricional, habitacional, transportes, higiene do meio ambiente, social, educacional e cultural, financeiro — política de rendimentos, ocupacional, desportivo, de tempos livres, etc.), consoante a fase evolutiva da sociedade em que se encontram ou os interesses da(s) classe(s) possidente(s) e na dependência das necessidades destas classes.

Cabe dizer que aos políticos do liberalismo económico convém alienar as populações ao primeiro dos conceitos (saúde=ausência de doença) para deste modo mascarar as responsabilidades governativas nos outros sectores, certamente mais importantes para se atingir o estado de saúde integral; daí o ruído dos «mass media» em redor do estereótipo saúde=doença=hospital a que aliás, ingenuamente as populações aderem, sem se darem conta da sua irrelevância e do malogro em que caem.

Ora o bolo económico nacional é finito e infelizmente bem pequeno; há que cortar as fatias correspondentes a cada um dos «factores básicos» de saúde atrás definidos (e não só as destinadas a hospitais...) com a espessura correspondente às finalidades e prioridades previamente estabelecidas e tendo

sempre presente que uma fatia cortada mais grossa obriga inevitavelmente a cortar as outras mais finas.

Pode pois perguntar-se: de que servirá aos Portugueses ter bastantes e bons hospitais e médicos, se *comem* pouco e mal, *vivem* em bairros da lata ou em habitações sem conforto, sem *água* canalizada, *luz eléctrica*, *esgotos* ou remoção de *lixos*, ainda para mais em *ambiente* poluído, se perdem quatro ou mais horas do dia em penosas *deslocações* para os locais de trabalho, se o nível de *instrução e educação* (incluindo a sanitária) é baixo ou nulo, se as suas *disponibilidades económicas* se esgotam (quando lá chegam...) em alimentação, se os seus *velhos e crianças* «vivem» no maior dos abandonos, se não dispõem de *tempos livres* para recuperação de actividades laborais esgotantes e insalubres?

Para bem pouco convenhamos: a contribuição dos trabalhadores de saúde de um país é na verdade muito menos relevante do que habitualmente se crê.

É preciso pois desmedicalizar profunda, paciente e persistentemente os portugueses (para que servem os *maedia*?) e fazê-los compreender e integrar no projecto nacional não só por *uma melhor Medicina* mas também e sobretudo pela *melhor Saúde integral* possível.

Ora esta luta (quem o ousará negar?) é um *processo eminentemente político*, como veremos.

Sublinhemos desde já um facto incontroverso: a impossibilidade, pela sua dependência pluridisciplinar, de efectuar uma evolução real da estrutura médico-sanitária isolada, independente das outras.

SAÚDE: «DOENÇA» GRAVE DE PORTUGAL

Portugal apresenta os piores níveis de saúde da Europa; não seria sequer preciso que as estatísticas o afirmassem, pois todos o sentimos na realidade quotidiana.

Curiosamente, no entanto, as características demográfico-sanitárias da população portuguesa não são, como é óbvio, nem só as dos países desenvolvidos ou superdesenvolvidos, nem (o que é de estranhar) as dos países subdesenvolvidos.

Dos primeiros apresentam as taxas elevadas de morbilidade e mortalidade por doenças degenerativas e cardiovasculares e o número alto de acidentes de viação e industriais; dos segundos a alta incidência de doenças infecciosas

e transmissíveis, as deficiências da nutrição, os altos índices de morbilidade e mortalidade materno-infantil.

As suas características são antes próprias dos países em transição (padrão misto): nível de saúde intermédio, falta de capacidade administrativa e deficiente criação de condições modernas de produtividade de trabalho.

Esta situação reflecte-se na existência de um padrão de doença e de diferenças na condição de saúde, acesso aos meios de prevenção e tratamento da doença e ainda na duração da esperança de vida dos Portugueses.

A análise estatística traduz apenas afinal o que todos sentimos:

<i>PARAMETRO</i>	<i>ANO</i>	<i>VALOR</i>	<i>CRITICA</i>
População (calculada para o meio do ano).	1975	9633 milhões	1960 (8890-100%); 1970 (8670-97,5%); 1985 (118%).
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nado-vivos).	1975	38,9	Muito superior à da Suécia (9,2%). Em países civilizados 30-20; países evoluídos e prósperos 20-10%.
População de mais de 60 anos (*) (por 100).	1975	28	O envelhecimento da população é característico dos países industrializados devido à diminuição da natalidade e à insuficiência dos indivíduos com idade inferior a 15 anos e de 15-64 e ao aumento da longevidade. Significância do envelhecimento do 2.º grau (4.ª idade).
Relação Activos/Inactivos.	1975	Diminuída	A população inactiva é suportada pela activa (diminuída-emigração, etc.). As 3.ª e 4.ª idades são grupos sociais tendencialmente privilegiados de acção sanitária e social. Previsão de um declínio económico, social e cultural.
Taxa de mortalidade geral (por 1000).	1975	10,4	Semelhante à da Suécia. Valor estacionário.
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nado-vivos).	1975	0,43	Muito superior à da Suécia. (0.07).

(*) Menos de 15 anos (1960-29%; 1970-28,5%; 1975-28%; est. 1985-25, 8%); 15-64 anos (63%, 61,9%, 61,9%, 61,2%, 64,1%); Mais de 65 anos (8%, 9,6%, 9,8%, 10,1%).

PARÂMETRO	ANO	VALOR	CRÍTICA
Partos sem assistência (por 100).	1975	14,9	Sem termo de comparação por quase inexistência na Europa.
Taxa de mortalidade por doenças infecto-contagiosas, parasitárias e entéricas (por 100.000).	1973	22,1	Valor muito alto.
Causas de morte (doenças cardiovasculares) por (100.000).	1975	465	Muito superior à da Suécia (388,2). Grupo de doenças menos evitáveis.
Esperança de vida à nascença.	1975	68,9 $\left\{ \begin{array}{l} \text{♂} - 65,2 \\ \text{♀} - 72,4 \end{array} \right.$	Sexo feminino com maior longevidade. Menos 7 anos que na Suécia. Abaixo do nível médio europeu.
Rendimento bruto <i>per capita</i> anual (dólares).	1976	1250	Só superior à Turquia (540).
População com distribuição de água potável ao domicílio.	1976	43%	Discreta melhoria de 1970 (40%) a 1976.
População do grupo anterior com distribuição em boas condições.	1976	31%	Acentuada melhoria de 1970 (2,5%) a 1976.
População sem distribuição de água ao domicílio.	1976	32%	Pouca melhoria de 1970 (33%) a 1976.
Abastecimento através de fontanários.	1976	25%	
Abastecimento através de poços.	1976	32%	
Sem sistema de esgotos.	1976	40%	Melhoria de 1970 (82,7%) a 1976.
Sem recolha de lixo urbanos.	1970	61%	
Habitacões com cozinha, retrete e casa de banho.	1970	20%	

<i>PARAMETRO</i>	<i>ANO</i>	<i>VALOR</i>	<i>CRITICA</i>
População não servida por energia eléctrica.	1976	15,5%	
Analfabetos.	1970	36%	Muito elevado.
Taxa de inscrição escolar.	1970	95%	
Ensino secundário.	1970	27%	Baixo.
Ensino superior.	1970	46%	Muito baixo.
População activa por sectores. Sector primário. Sector secundário. Sector terciário.	1970	32,3% 33,8% 33%	Europa (10,35,55). EUA (3,35,62). O sector P é tanto maior quanto menor o grau de desenvolvimento económico: evolução (%) (1050-97; 1960-43; 1968-32,3 1969-31,5; 1970-33; 1073-28,8).
Percentagem da população abrangida por esquemas de previdência.	1970	66%	Suécia (100%).
Calorias por dia e habitante. Proteínas animais (g) por dia e habitante. Leite líquido (g) por dia e habitante.	1970	2754 31,8 128	Suécia (3120). Suécia (60). Suécia (706).

Para fazer face a esta situação de que é que dispomos em saúde?

<i>PARAMETRO</i>	<i>ANO</i>	<i>VALOR</i>	<i>CRITICA</i>
Médicos.	1976	11 863	Faltavam 615 nos H. distritais e 7000 nos cuidados primários. Próximo de 1/500 habitantes.
Enfermeiros.	1976	18 355	N.º baixo (faltam + 2000 enfermeiras com a especialidade de obstetrícia, por exemplo).
Técnicos dentários.	1976	1075	N.º irrisório. Défice de 3525 profissionais.

PARAMETRO	ANO	VALOR	CRITICA
Técnicos de Saúde do ambiente.	1976	308	N.º irrisório. Défice de 697 técnicos.
Estabelecimentos de Saúde com internamento (gerais e especializados). Camas.	1976	522 52 047	
Maternidades. Camas.	1976	19 1202	
Estabelecimentos psiquiátricos. Camas.		37 10 353	
Postos Médicos.		2276	
Dispensários e postos materno-infantis.	1976	423	
Dispensários antituberculosos.	1976	99	
Dispensários e postos antivénereos.	1976	17	
Estações e postos anti-sazonáticos.	1976	23	
Dispensários de Saúde mental.	1976	27	
Farmácias e postos de medicamentos.	1976	2706	

De um ponto de vista geral, pode dizer-se que o *nosso sistema de saúde se caracteriza* por:

1. Marcadas desigualdades de acesso dos utentes (por razões geográficas, socioeconómicas e carência de serviços);
2. Incapacidade de pagamento dos cuidados de saúde de que carece a grande maioria da população;
3. Grande carência de cuidados primários (educação para a saúde, higiene do meio ambiente, saúde materno-infantil, escolar e desportiva);

4. Grande necessidade de serviços para crónicos e idosos (3.ª e 4.ª idades);
5. Grande necessidade de racionalização da distribuição de recursos;
6. Necessidade de ataque em várias frentes;
7. Necessidade de um sistema organizado com planeamento adequado de utilização dos recursos disponíveis e que termine com a dispersão (Caixas, Hospitais, Medicina livre), ineficiência e preço elevado.

Há no entanto que *respeitar princípios de base* para quaisquer sistemas de saúde serem eficazes:

1. Serem adoptados ao modo de vida das populações;
2. Inserirem-se num SNS que lhes dê o necessário apoio;
3. Estarem plenamente integrados no desenvolvimento da região;
4. Proporcionarem e assegurarem um diálogo contínuo entre serviços de saúde e utentes;
5. Apoiarem-se nos recursos disponíveis, tendo em conta a fracção do OGE destinada à saúde;
6. Proporcionarem bons meios de prevenção e reabilitação;
7. Assegurarem a formação e funcionamento das equipas de saúde.

Para o que há que fazer apelo a *factores de vária índole* a saber:

- a) técnicos
- b) económicos
- c) socioculturais
- d) políticos

No nosso país todos são resolúveis a médio prazo excepto os económicos.

DISTRIBUIÇÃO E DESIGUALDADE GEOGRÁFICA

Portugal é um país dividido quer no *sentido transversal*, pelo rio Tejo, em regiões Norte e Sul, quer no *sentido longitudinal* pelo meridiano Chaves-Faro, em regiões Litoral e Interior, profundamente diferenciadas em todos os sectores e está bem de ver, também na Saúde:

<i>PESSOAL E INSTALAÇÕES</i>	<i>REGIAO LITORAL (*)</i>	<i>REGIAO INTERIOR</i>
Médicos de clínica geral.	92,5%	7,5%
Médicos especialistas.	93,7% (*)	6,3%
Enfermeiros.	83,8% (°)	16,2%
N.º de hospitais.	46,6%	53,4%
N.º total de camas.	57,3%	42,7%
Habitantes/médico.	1550	1606
<i>OUTROS INDICADORES</i>		
Consumo de medicamentos (1976).	79,61 (°)	20,39%
Produção industrial (valor líquido, percentagem do total).	87,7%	12,3%
Rendimento/habitante (1964).	7203	5013
Receita anual por família (mil escudos).	65,7	60,7
Nível de vida (1967/68).	90	44
Mortalidade infantil por 1000 nado-vivos.	40,4	43,5
Electrificação (1976).	84,3	72,2

Os motivos que nos países de economia de mercado levam os médicos a preferir determinados lugares são sempre os mesmos: *status* económico e social, procura de meios de assistência, proximidade das Faculdades de Medicina em que estudaram, residência da família, proximidade de centros hospitalares, clima e ambiente social, atractivos, etc.; atente-se que nas motivações desta estatística não figuram as necessidades das populações em saúde.

O fenómeno é aliás geral nestes países: por exemplo, nos EUA, os especialistas (80% dos médicos) distribuem-se também desigualmente: 74 por mil habitantes no Sul e 114 por mil habitantes no Nordeste (em 1959); inútil caracterizar as diferenças socioeconómicas destas regiões na data do estudo...

(°) Aveiro, Braga, Coimbra, Faro, Leiria, Lisboa, Porto, Setúbal, Viana do Castelo.

(*) Destes, em Lisboa 51,1%; no Porto 22,6%; em Coimbra 8%; em outras cidades 12%.

(°) Destes, 72% concentram-se nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra.

(°) Na Grande Lisboa, 37,19%; no Grande Porto 11,25%.

A *condenação* da emigração médica no sentido interior-litoral não deve fazer-se, como é habitual, com base na falta de motivação humanitária dos técnicos de saúde, dado que se trata de um fenómeno geral da demografia portuguesa (e universal); o português desloca-se do interior para o litoral, do campo para a cidade ou do País para o estrangeiro.

Pretender que apenas por motivos humanitários uma classe, qualquer que seja, se desloque em sentido inverso é pelo menos tão inconsequente e absurdo como condenar a emigração sem analisar as suas causas.

O fenómeno é, aliás, em maior ou menor grau, comum a todos os países independentemente do regime político, o que traduz a persistência das *contradições* (patente ou mascarada); trabalho intelectual - trabalho manual, cidade - campo, litoral-interior, camponês - operário, etc. que ninguém conseguiu ainda resolver de modo absoluto.

Como se tem tentado resolver o problema da *redistribuição de técnicos de saúde* (redistribuição ou fixação periférica) a nível mundial:

- a) controlando de modo absoluto (por restrições ou interdição total) o deslocamento no sentido campo → cidade;
- b) por deslocamento compulsivo ou participativo ou imbricação dos trabalhadores intelectuais e manuais;
- c) por restrição absoluta ou relativa das possibilidades de acesso aos serviços públicos e especializados nos grandes centros ao mesmo tempo que se cerceiam os mecanismos de compensação privados locais;
- d) pela promoção de incentivos socioeconómicos (melhor remuneração — vencimento fixo mais elevado, satisfação de necessidades sociais, de educação e cultura, de tempos livres etc.) ou técnicos (cursos de reciclagem, etc.) à periferia.

Os primeiros sistemas utilizam a força política dos sistemas totalmente socializados; os últimos, as reformas no seio do sistema liberal.

Como quer que seja, é completamente demagógico afirmar a distribuição fácil, universal, coerente e ubiqüitária (clínicos gerais e especialistas) para o nosso país, que ninguém em qualquer outro alcançou.

Quando muito, poder-se-á racionalizar uma melhor distribuição de especialidades (mais difícil) e de clínicos gerais (esta mais facilitada mas de deficiente ou insuficiente nível técnico) pondo em jogo *simultaneamente* os

mecanismos analisados em c) e d) através de uma política racional global, que não perca de vista a inoperância de qualquer das medidas consideradas isoladamente ou os aspectos discutíveis de uma tomada de posição baseada exclusivamente na coerção.

Não pode é esquecer-se que os doentes e administrações de saúde «gritam» à periferia pela implantação ou apoio dos especialistas da saúde dos centros.

DESPOLITIZAR (!) A SAÚDE...

O artigo 64.º da Constituição Política da República Portuguesa de 25 de Abril de 1976, especifica:

-
- «2. O direito à saúde é realizado pela criação de um *serviço nacional de Saúde* universal, geral e gratuito...»
- 3... incumbe ao *Estado*
-
- c) Orientar a sua acção para a *socialização* da medicina e dos sectores medicamentosos;
 - d) *Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina*, articulando-as com o SNS;
 - e) *Disciplinar e controlar a produção, comercialização e uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos*, e outros meios de tratamento e diagnóstico.»

Este simples artigo (revolução na Saúde) tem despoletado grande número de comportamentos ou posições consoante os diversos quadrantes socio-políticos:

1. O sector à esquerda manobra-o como imperativo sem discussão e portanto apoia todos os outros projectos ou formas fora do contexto, como anticonstitucionais, «tout court». Ao mesmo tempo congrega todas as forças sociais e políticas (sindicatos e autarquias) para a constituição da base social de apoio necessária à destruição de vultosas e esperadas resistências de todo um sector da Sociedade portuguesa (conservador e imobilista) não receptivo à socialização ou à ultrapassagem do individualismo tradicional do português comum e promete simultaneamente resultados espectaculares a curto prazo.

2. O sector à direita e centro evita a citação da Constituição e refugia-se em argumentos de não discussão pública ou conjunta do projecto base *antes* da sua redacção, isto é, contesta todo o projecto na sua essência.
3. A classe médica na sua maioria evita igualmente a citação do artigo, acentua a necessidade da Constituição ser democrática e as suas reais incoerências, propõe sistemas de alternativa baseados em outras opções predominantes — sistema convencionado, coerente com o enquadramento sociopolítico (abertura à Europa, Mercado Comum, Comunidade Europeia, etc.), associa-se em minoria ao projecto do governo ou reinvidica uma medicina socializada num país não socializado (insulação).
4. Os utentes apoiam na maioria o SNS, atraídos antes de mais pela palavra mágica «gratuito» e pelas promessas de institucionalização, implantação e funcionamento espectaculares.
5. Os economistas de saúde... calam-se prudentemente ou porque ninguém parece estar interessado em ouvi-los (se é que existem) ou porque quiçá temam a sua real incapacidade (mais por insuficiência estatística) ou a ainda maior deterioração da sua imagem.
6. As multinacionais farmacêuticas, essas aguardam no silêncio, mobilizam os governos na sombra e fazem força sobre a classe «pivot», reguladora da distribuição — os médicos...

Não é necessário ampliar o cenário para demonstrar que saúde é política e não é senão política e tanto que surgem propostas de despolitizar a saúde (politizando-a com intuítos claramente definidos) e exuberantes exteriorizações «políticas» que prometem para o imediato obras imensas, as quais têm consumido gerações a implantar sem nunca se acabarem, em países de bem mais dilatados recursos.

Voltemos no entanto à Constituição: se se considera como não representando letra morta há que cumprir cegamente o seu articulado e dizer como St. John Perse «Tomei a carga o escrito e honrá-lo-ei».

Mas mesmo aceitando apenas a discussão de opções marginais poderemos vir a confrontar-nos com algumas *perguntas incómodas*:

- (1) Em regime parlamentar como conciliar a sucessão (previsível) de regimes políticos diferentes com opções fundamentais já assumidas e com a *estabilidade* necessária à política de assuntos sociais?
- (2) Em regime parlamentar (ou outro) como conciliar a adopção de um *sector inteiramente nacionalizado* no interior de um regime «soi disant» capitalista ou quási, sem provocar rupturas comprometedoras?
- (3) Haverá mesmo socialização ou convenção absolutas ou apenas *regimes predominantemente nacionalizados ou liberais*?

A resposta já se conhece e é a da progressão em ziguezague com recuos e avanços, com paragens e empurrões, com compromissos políticos à esquerda e direita e . . . centro, com blocos de concentração efémeros ou duradoiros, com amizades de ocasião ou rupturas imprevistas, com soluções ditas reformistas por alguns (mas que todos adoptam ou vêm a adoptar) e que podem vir a ser recuperadas e reconvertidas num ou noutro sentido de acordo com as forças políticas dominantes no momento.

Como consequência da correlação dessas forças em cada momento os compromissos inquinam-se de incompatibilidades, contradições, ambiguidades, prolixidade ou secura formal intencionais, geradoras de tensões sociais quási ininterruptas, rupturas ou crises governativas, política fluatante de alianças, etc.

É no fim todo o drama do homem em busca do ideal democrático de que partiu (em base errada) e a que retorna constantemente, por caminhos ora tortuosos ora hesitantes, sem nunca todavia perder de vista o horizonte do ambicionado cenário utópico.

Todos os «ismos» constituem por ora mais itinerários que conquistas, alguém terá dito, entre nós, não sem propriedade.

EFICÁCIA TÉCNICA DO ACTO MÉDICO

Como é do conhecimento geral esperança de vida ao nascer (EVN) e taxa de mortalidade infantil (TMI), os dois indicadores do nível de saúde mais utilizados, têm registado alterações opostas e substanciais com o decorrer dos anos.

Assim, uma criança contemporânea de Jesus Cristo tinha uma EVN de 20 anos, a qual passava a 40 anos em 1870, e era já de 70 anos em 1970!

Por outro lado a mais importante conquista do século passado foi a descida abrupta da mortalidade infantil, particularmente desde 1900.

Mas ao contrário do que vulgarmente se pensa, EVN e TMI têm sido pouco ou nada influenciadas pelo acto médico (3.º lugar) e bastante mais pelo modo de vida (1.º) e pela higiene do meio ambiente (2.º).

Na prática verifica-se que a EVN começou a aumentar muito antes dos progressos decisivos das ciências médicas (vacinação, antibióticos, descoberta do organismo causal, etc.) tendo provavelmente o seu início em meados do século XIX após as rupturas resultantes da Revolução Industrial.

Os factores com real impacto foram sobretudo as melhorias registadas no saneamento do meio ambiente, particularmente na depuração e purificação da água e do leite, no sistema de esgotos e remoção de lixos, na habitação, vestuário e nutrição bem como na aceitação das medidas de controlo da natalidade.

Mas atenção: a análise estatística demonstra, sem sombra de dúvida, que a EV quando calculada a partir da idade de 45 anos não aumentou significativamente nos últimos 100 anos ou, por outras palavras, um indivíduo de 60 anos ganhou em 1978 apenas um ou dois anos de EV em relação ao seu semelhante de 1900; portanto a partir dos 45 anos as possibilidades de morte são quasi as mesmas hoje que há 100 anos, o que convenhamos é bem pouco ganho face aos espantosos progressos tecnológicos, ao aumento impressionante do número de hospitais, ao acréscimo de sofisticadas unidades de cuidados intensivos (respiratórias cardíacas, renais, etc.) e à explosão de medicamentos fornecidos pela agressiva indústria farmacêutica.

Querem-se mais provas de que é o modo de vida o factor mais importante?

- a) Não há relação entre o número de médicos e a mortalidade infantil mas sim entre esta e o valor do PNB;
- b) As mulheres em teoria sobrevivem quasi sempre aos homens, todos o sabemos, mas o que se ignora é que em 1876 a EVN era de 1,5 mais baixa para o homem do que para a mulher, em 1970 já era de 4,7 anos e em 1964 de 7,1 anos;
- c) Dentre as categorias sociais, as atingidas por uma mortalidade superior à normal tem sido: mais de 20% para jornalistas e homens de

letras, 15% para funcionários superiores, 8% para médicos e cirurgiões, 5% para engenheiros, 3% para juizes e advogados e 2% para homens de negócios.

Dentre as categorias sociais mais poupadas (mortalidade *inferior à normal*) contam-se os artistas (-2%), militares (-8%), professores (-10%), padres (-11%) e os investigadores científicos (-17%).

Estes factos devem (para além do desencanto sobre o nosso inevitável futuro) levar-nos a formular as seguintes perguntas:

- a) porque só glorificamos o acto médico, o qual como vimos não tem, ou muito pouco, impacto a *nível estatístico*?
- b) porque se opta pela medicina curativa em detrimento da preventiva?
- c) devemos concentrar-nos no desenvolvimento e aperfeiçoamento das unidades de cuidados coronários ou antes na melhoria da prevenção, diagnóstico precoce e enquadramento socioeconómico e terapêutico do doente com insuficiência coronária? Idem, para a transplantação e hemodiálise em relação ao insuficiente renal?
- d) devemos continuar a desenvolver a tecnologia sofisticada médica criada para tratamento das situações agudas de ameaça à vida ou antes os processos de identificação ou resolução da saúde integral?
- e) que proporção dos recursos dos sistemas de saúde deverão ser afectados à cura ou prevenção das doenças?
- f) a opção preventiva será preferencial apenas no subdesenvolvimento ou válida também para o desenvolvimento?

Não devemos porém esquecer que a medicina pode no entanto reinventar aquilo que economistas e peritos de estatística têm tanta dificuldade em quantificar e contabilizar, ou seja, a preservação e melhoria da qualidade de vida do género humano.

Além da desmitificação (penosa embora) do acto médico a Medicina Moderna sofre profundamente dos efeitos da erosão resultante dos novos conceitos e posições do poder médico, micro- e macro economia da saúde, papel regulador das despesas pelo médico, mandarinato hospitalar ou colectivo, relação de classe na hierarquia hospitalar e universitária e da hierarquia médica com o poder político, apropriação e bloqueio da educação sanitária pelos médicos, mito da vulgarização médica, monopólio do saber médico,

medicina ultratécnica e ultra-especializada, iatrogenese clínica, medicalização em sociedade não sanitária, clericalismo médico, papel dos «mass media» na educação sanitária, politização da Medicina, etc.

São a melhoria da qualidade de vida e as espectaculares vitórias alcançadas nas doenças infecto-contagiosas agudas (incluindo a tuberculose) que mantêm, não deveremos esquecê-lo, o prestígio da classe médica.

De qualquer modo será altura de nos interrogarmos como JOHN STUART MILL (1857): «A que situação tende a ser conduzida a sociedade pelo progresso económico? Quando este cessar, como ficará a humanidade?»

EVOLUÇÃO DO ACTO MÉDICO

A evolução da Medicina tem-se processado em três fases distintas:

- 1.ª fase: *SINCRÉTICA* em que o médico sabe tudo de tudo (e pouco . . .) e o acto médico se reduz ao binómio médico-doente;
- 2.ª fase: *DE ESPECIALIZAÇÃO* em que o desenvolvimento científico obrigou ao desdobramento do conhecimento, o qual embora vantajoso criava compartimentos estanques ao estudar o Homem considerado como um todo;
- 3.ª fase: *INTERDISCIPLINAR* que reflete não só a necessidade de aprofundamento dos estudos pelo técnico de saúde, mas também a permuta dos resultados do seu trabalho com os de outras especialidades: donde a indispensabilidade de colaboração multidisciplinar e integração em equipas técnicas uma vez conseguida a necessária formação pluridisciplinar individual.

MEDICINA PREVENTIVA VERSUS MEDICINA CURATIVA

Das diversas componentes da Saúde e no interior do respectivo sistema os governos optam por diferentes linhas mestras de acção e atribuição de recursos, consoante o grau de desenvolvimento atingido e as opções políticas.

Ora sabemos nós (experiência penosa . . .) o grau de desenvolvimento em que nos encontramos, há que fazer o povo português reflectir no dinheiro de que se dispõe (seja OGE, seja PNB) em números absolutos, fazer-lhe compreender que esse dinheiro não chega para tudo, esclarecê-lo sobre os grandes

sectores e actividades que mais influenciam a saúde e porque não, divulgar passo a passo as enormes carências globais e sectoriais e incutir-lhe a paciência e estoicismo necessários para suportar as dificuldades que inevitavelmente se antepõem a *qualquer* projecto de saúde; pensamos ser preferível a tal humildade de propósitos o despejar de cornucópias de abundância ou serviços-relâmpagos espectaculares.

Em resumo e à partida há que proceder à:

a) Definição de áreas para uma escolha e ordenação de prioridades:

- 1.ª área — Sanitária ou de cuidados de saneamento básico;
- 2.ª área — De cuidados primários (ou básicos) de saúde;
- 3.ª área — De cuidados hospitalares;
- 4.ª área — De reabilitação, recuperação e reclassificação socioprofissional e económica.

b) Escolha e ordenação de prioridades

São bases de orientação para essa escolha os seguintes valores e ordenação:

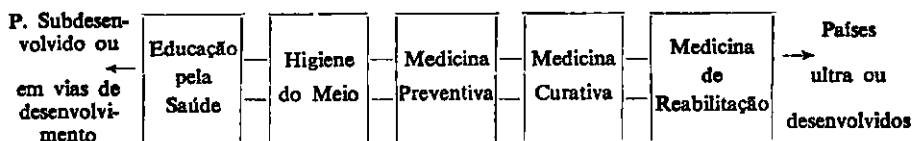
	<i>Países desenvolvidos ou ultradesenvolvidos</i>	<i>Países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento</i>
1.ª Prioridade	3.ª área (50%)	1.ª área (50%)
2.ª Prioridade	2.ª área (40%)	2.ª área (30%)
3.ª Prioridade	4.ª área (10%)	3.ª área (10%)
4.ª Prioridade		4.ª área (10%)

O que não podemos é continuar a gastar (II Governo Constitucional) 5% com a 2.ª área e 70% com a 3.ª!

Portugal sofre do mal de alguns países do tipo misto: integrado na Europa em cujo extremo se situa, profundamente influenciado pelo seu estatuto sociopolítico não pode efectuar a política sanitária dos países profundamente subdesenvolvidos com opção maciça pelas 1.ª e 2.ª áreas que exige a independência nacional e impermeabilização de fronteiras nem a dos países desenvolvidos (por incapacidade económica e dependência política).

Por isso terá fatalmente de vir a optar predominantemente pela 1.ª e 2.ª áreas sem descurar a 3.ª e 4.ª

Sem ser a política que lhe convém de momento é a única que lhe será possível desenvolver, como em tantos outros sectores:



MEDICINA DE PONTA VERSUS MEDICINA DE MASSAS

O apetrechamento em *equipamentos pesados e sofisticados* é assunto muito pouco debatido em Programas de Saúde; a razão compreende-se mas não se aceita.

Os dispendiosos serviços e aparelhos de biologia médica (analisadores automáticos, circulação extracorporal, câmaras hiperbáricas, aceleração de partículas, emissão de radiações gama, detecção de radioactividade, transplantação e hemodiálise, computadorização, tomografia axial, etc.), deveriam ingressar imediatamente na órbita da planificação central, regionalização, integração e coordenação e assumirem a categoria de *projecto nacional*.

É absolutamente necessário promulgar disposições visando disciplinas, doenças e técnicas ultra-especializadas, para as quais se fez uma prévia avaliação correcta de necessidades a nível plurregional ou nacional, elaboradas sob a forma de cartas e enquadradas no processamento da carta sanitária nacional.

Um exemplo: há que contabilizar os custos financeiros e sociais dos emigrados renais de hemodiálise, das transplantações renais, etc., e ter a determinação necessária para realizar uma política sanitária nacional, coe-rente, de distribuição racional de serviços, concentração de equipamentos, formação e retenção de pessoal especializado, etc.

Sobre este tema (medicina de ponta) tem-se adoptado três linhas de actuação, de cariz político:

- a) ou favorece-se a sua implantação e desenvolvimento porque se dispõe da capacidade para a mesma;

- b) ou os países optam macissamente pelo investimento na medicina preventiva e mantêm os povos impermeáveis aos conhecimentos das grandes realizações da medicina curativa (através da independência nacional, recurso às próprias forças, disciplina de fronteiras, etc.) até que timidamente as possam ir realizando;
- c) ou há países que desprezam a economia de saúde, pretendem consumir sem produzir, activam sem discussão e análise prévia ou inventariação de custos essas grandes realizações, para a certa altura se verem submersos no caos ou bancarrota ou nos sonhos messiânicos ou sebastianistas do passado recente.

Portugal conta-se, infelizmente, no número dos últimos.

É por demais evidente a necessidade de uma política de fundo sobre a matéria.

PROCURA DE CUIDADOS MÉDICOS

As estatísticas evidenciam a *explosão da procura de serviços médicos*, cujos reflexos toda a gente constata — a plethora de serviços públicos e privados, listas de espera a perder-se no tempo, gastos a subir em flecha, etc.

As *razões* disso radicam em factores de natureza *económica* (aumento do rendimento «per capita» e do nível de vida), *demográfica* (explosão demográfica, envelhecimento da população — 3.^a e 4.^a idades), *sociopolíticos* (reinvidicações das classes trabalhadoras — «pão, paz, trabalho . . . e saúde»), *psicológicas* (confiança na Medicina moderna), *técnicas* (diminuição da mortalidade, melhoria qualitativa da assistência materno-infantil, etc.).

Mas são os factores *socioculturais* os mais relevantes quer se filiem sobretudo no aumento dos níveis de instrução e educação, os quais afinam o sentimento da percepção do valor e alcance de certas perturbações da saúde, quer radiquem na crescente importância dos «mass media», nos estudos de mercado médico, no «standing» da classe médica ou padrões do seu comportamento, na mitificação — magia do acto médico, para não criar senão alguns.

São estes factores que determinam o afloramento das *necessidades inconscientes ou latentes* de «saúde» (a parte oculta do «iceberg») à superfície visível como *necessidades expressas e consciencializadas*.

Do cruzamento das coordenadas da cultura e do grupo social (médicos, feiticheiros, curandeiros, etc.) a quem as sociedades atribuem a responsabilidade da delimitação do respectivo conceito é que resulta a definição do estatuto de doença e doente.

Assim consagrada, a doença pode ser definida como um todo em que intervêm elementos biológicos e um certo número de pressões determinadas pela sociedade em que o indivíduo vive e da reacção contra a mesma (contestação individual duma sociedade inibidora e repressiva).

O campo de intervenção da medicina tem uma dimensão sociopolítica; porquê falar então de independência e apoliticidade da medicina?

Recorde-se que a evolução da procura de actos médicos tem registado substancial alteração com o fluir do tempo como documenta o quadro seguinte que caracteriza o devir da procura de cuidados médicos:

	20 ANOS ANTES	NA ACTUALIDADE
Por doença	90%	53%
Para avaliação do estado de saúde	10%	47%
Por doentes de clínica geral	90%	61%
Por doentes de especialidade	5%	15%
Por doentes crónicos em vigilância	5%	24%

O quadro demonstra a progressiva importância da *prevenção*, das *especialidades* e da *3.ª e 4.ª idades*.

Se aprofundarmos a nossa análise verificaremos que aumentam significativamente a procura de cuidados por causas banais, do tipo geral, bem como por causas de esfera *psíquica ou emocional*.

	20 ANOS ANTES	NA ACTUALIDADE	
PROCURA DE CLINICA GERAL			
Queixas gerais	10%	30%	6% sem substrato patológico cefaleias, mal estar, cansaço, problemas emocionais; 24% com substrato patológico.
Aparelho digestivo	25%	19%	
Aparelho cardio-circulatório	5%	9%	
Aparelho respiratório	15%	8%	
Otorrinolaringologia	3%	6%	
Obesidade	3%	6%	
Aparelho ósseo e muscular	10%	5%	
Outras, incluindo doenças infecciosas	29%	17%	

	20 ANOS ANTES	NA ACTUA- LIDADE	
PROCURA POR ESPECIALIDADES			
Ginecologia		3%	
Psiquiatria		3%	
Cirurgia		1,5%	
Dermatologia		1,5%	
Oftalmologia		1%	
Otorrinolaringologia		1%	
Outras (5)		1%	

Em Portugal o aumento da procura conjugado com o desgaste dos equipamentos e a desordem das carreiras profissionais foi o factor dominante do abaixamento de eficiência dos serviços de saúde registada nos últimos anos.

Cabe agora perguntar *como satisfaz a Medicina da maioria dos países as necessidades da sua população ou a preparação dos seus técnicos para melhoria da sua eficiência.*

Nem sempre de modo coerente: assim, as afecções mais incapacitantes nem sempre são as que dão origem a maiores taxas de internamento hospitalar e podem estar ainda mais longe de constituírem as causas mais importantes de mortalidade.

Por outro lado, as afecções que acarretam maior indisponibilidade no leito (dias-cama) nem sempre se sobrepõem às causas de maior recurso a camas hospitalares.

Estes factos são essenciais para racionalizar as necessidades do Serviço de Saúde e atribuição de recursos, fazendo-as incidir (por cuidadosa ponderação clínica e social) nas áreas mais carenciadas e não ao sabor de interesses, seja de que natureza for, alienados do conceito social e comunitário dos cuidados de saúde.

As distorções já enormes neste campo, são maiores ainda na prática da medicina e da educação médica; distorções de experiências, responsabilidade, funções e âmbito.

A análise da distribuição de cuidados de saúde de uma população tipo, revelou que em 1 ano (1970) o grande volume de cuidados é do sector ambulatorio: de uma população total em risco de 1000 pessoas, 720 procuram o médico em ambulatório pelo menos 1 vez, 100 (10%) foram internadas no hospital pelo menos 1 vez e só 1% foram internadas nos hospitais escolares *onde se preparam os jovens médicos.*

Quer dizer a *preparação dos médicos volta as costas aos reais interesses da colectividade e subordina-se a interesses nem sempre confessáveis.*

Por outro lado, a planificação seria bem mais facilitada se dispuséssemos de informação segura e de confiança sobre a distribuição dos problemas de saúde nas populações e comunidades; como tal nem sempre acontece, temos que recorrer acaso e imaginação para se efectuarem decisões «coerentes»...

ESTRUTURA E HIERARQUIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Em termos gerais, podem considerar-se três categorias de problemas de saúde.

PROBLEMAS DE SAÚDE	INCIDENCIA	EXEMPLOS	NIVEIS DE CUIDADOS SAÚDE	POPULAÇÃO MÉDIA SERVIDA
TERCIARIOS	Incidência rara. Prevalência definida e previsível	Anomalias congénitas, doenças hereditárias e do metabolismo, neoplasias malignas (algumas), traumas, doenças endócrinas e metabólicas raras, intoxicações agudas, etc.	CUIDADOS TERCIARIOS: Cuidados intensivos. Técnicas sofisticadas e onerosas. Hospitais centrais ou escolares.	500 000 a 5 000 000
SECUNDARIOS	Incidência individual menos rara. Prevalência mais significativa.	Acidentes ocupacionais e de viação, queimaduras, fracturas, certas cardiopatias.	CUIDADOS SECUNDARIOS: Cuidados especializados. Hospitais Distritais.	25 000 a 500 000
PRIMARIOS	Incidência individual frequente.	Infecções respiratórias, cardiopatias frequentes, artrites, asma, perturbações visuais, alterações psíquicas, etc.	CUIDADOS PRIMARIOS: — Familiares. Consultórios médicos. Clínicas. Consultas externas hospitalares e serviços domiciliários (ambulatório). Centros de saúde. — Proximidade da habitação e/ou local de trabalho.	1000 a 25 000

Estes três padrões de doença, diametralmente opostos numa dada população, são essenciais para a organização dos serviços de saúde se forem considerados sob a óptica de que a maioria dos doentes procura cuidados médicos inicialmente não por causa de doenças específicas mas por causa de problemas inespecíficos de saúde.

Nos países onde os serviços de saúde estão regionalizados (SNS britânico, URSS, etc.) há uma *relação hierárquica bem definida entre os três níveis de cuidados de saúde*, conjuntamente com a integração e continuidade dos cuidados médicos.

Os Serviços de Saúde fornecem cuidados de modo rápido através de numerosos e muito dispersos órgãos aglomerados em redor de hospitais comunitários ou distritais e apoiados por ligações pré-estabelecidas, órgãos pré-determinados de informação actualizada, consulta e cuidados altamente especializados.

Por outras palavras, o recurso aos cuidados primários visa colocar o doente ao alcance dos cuidados secundários e terciários o mais rápida e eficientemente possível se tal vier a ser considerado necessário.

As acções convergem para a divisão do País em *regiões sanitárias* (*cartas sanitárias*) fazendo-as coincidir ou não com as futuras regiões administrativas.

Estas regiões devem ser autónomas e suficientes do ponto de vista sanitário com uma rede bem definida de ambulatório e cuidados primários de saúde integrando as valências dispersas (no nosso caso os postos clínicos da previdência, os centros de saúde, alguns hospitais concelhios, serviços do SLAT, etc.).

Quanto à estrutura dos cuidados diferenciados, deverá apoiar-se fundamentalmente nos hospitais distritais e centrais.

A regionalização impõe necessariamente a racionalização das decisões, através da definição das competências, de modo a permitir uma acção dinâmica dos vários níveis que, tecnicamente hierarquizados se completem.

Por outro lado as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, integrarão física e funcionalmente os vários serviços dispersos (na área do ambulatório) e delinearão as ligações funcionais com os hospitais.

Mas atenção: as ADS só poderão assumir o papel fundamental de órgãos de decisão integradores e dinamizadores desde que estejam alicerçados na competência e prévia preparação dos seus elementos, apoiados por outro lado em uma armadura legal conveniente.

O sistema de saúde a instituir deve fundamentar-se igualmente nos Centros Comunitários de Saúde e não só nos Hospitais.

No extremo da cadeia, Postos Sanitários fixos em ligação com os Centros Comunitários e/ou Hospitais Distritais ou Equipas móveis centrífugas asseguram a cobertura de locais remotos ou desprotegidos.

As experiências alheias (assistentes médicos, «médicos» de pé descalço, imbricação de medicina popular e tradicional, etc.) não parecem ter obtido os resultados desejados: dá para pensar a frase do Primeiro-Ministro Chinês Teng-Hsiao-Ping, o qual referindo-se aos médicos de pé descalço teria afirmado, não sem surpresa, que «bem melhor seria pensarem em começar a usar sapatos»...

Fausto de Moraes

Brigadeiro Médico
Director do Serviço de Saúde do Exército

(Continua no próximo número)